

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1910-1911. — N° 105

DES
HERNIES ÉTRANGLÉES
CRURALES ET INGUINALES

à signes locaux frustes
RISQUANT D'ÊTRE MÉCONNUES
ET PRISES POUR DES OCCLUSIONS INTESTINALES

THESE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 17 Juin 1911

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Albert JOURDAN

Né le 21 janvier 1881, à Valence (Drôme).



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Juin 1911



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546715_0108



FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1910-1911. — N° 105

DES
HERNIES ÉTRANGLÉES
CRURALES ET INGUINALES

à signes locaux frustes

RISQUANT D'ÊTRE MÉCONNUES

ET PRISES POUR DES OCCLUSIONS INTESTINALES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 17 Juin 1911

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Albert JOURDAN

Né le 21 janvier 1881, à Valence (Drôme).



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Juin 1911

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LÉPINE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD
Clinique ophtalmologique	PONCET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JABOULAY
Clinique des maladies mentales	FABRE
Clinique des maladies des enfants	ROLLET
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS
Physique médicale	PIERRET
Chimie médicale et pharmaceutique	WEILL
Chimie organique et Toxicologie	POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ
Anatomie	MOREL
Anatomie générale et Histologie	BEAUVISAGE
Physiologie	GUIART
Pathologie interne	TESTUT
Pathologie et Thérapeutique générales	RENAUT
Anatomie pathologique	MORAT
Médecine opératoire	COLLET
Médecine expérimentale et comparée	COURMONT (P.)
Médecine légale	PAVIOT
Hygiène	POLLOSSON (M.)
Thérapeutique	X...
Pharmacologie	LACASSAGNE
	COURMONT (J.)
	PIC
	FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS,
Pathologie externe	VALLAS,
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL, agrégé
Propédeutique chirurgicale	BÉRARD, —
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN, —
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND, ag.
Accouchements	COMMANDEUR —
Matière médicale	MOREAU —
Embryologie	REGAUD, —
Anatomie topographique	PATEL —
Botanique	BRETIN —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
SAMBUC	J. LEPINE	NOGIER	TAVERNIER
REGAUD	LESIEUR	LATARGET.	CADE
COMMANDEUR	Etienne MARTIN	BRETIN	MOURIQUAND
GAYET	LAROYENNE	LERICHE	ARLOING (F.)
NEVEU-LÉMAIRE	VORON	THÉVENOT	GUILLEMARD
PATEL			

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. ROCHET, *Président* ; ROLLET, *Asscsseur* ;
MM. LAROYENNE et LERICHE, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Témoignage de ma profonde affection.

A MON ONCLE ALBERT LAURANS

Ingénieur en chef des Mines,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Président du Conseil d'Administration
du Chemin de fer électrique souterrain Nord-Sud de Paris.

*En souvenir de ce que je lui dois pour l'intérêt
qu'il me porte et l'affection qu'il me témoigne.*

A MON EXCELLENT FRÈRE

Le Docteur Charles JOURDAN

MEIS ET AMICIS

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROCHET

Chirurgien major de l'Antiquaille.

A la fin de nos études médicales, nous tenons à remercier tous ceux qui, par leur enseignement ou leurs conseils, nous ont aidé à atteindre notre but.

Nous remercions tout d'abord M. le professeur Rochet, chirurgien-major de l'Antiquaille, de l'honneur qu'il nous fait d'accepter la présidence de notre thèse ; M. le professeur Rollet, MM. les professeurs agrégés Leriche et Laroyenne.

Nous tenons à exprimer notre vive gratitude au D^r Perriol, directeur de l'École de Médecine de Grenoble, chirurgien en chef des hôpitaux, auprès duquel nous avons trouvé toujours une aide bienveillante ;

Au D^r Termier, chirurgien des hôpitaux de Grenoble, dont nous fûmes deux ans l'externe ;

Au D^r Castin, médecin en chef de l'Asile de Saint-Egrève (Isère), dont nous fûmes trois ans l'interne ;

Au D^r Corneloup, professeur à l'École de Médecine de Grenoble, qui nous honore de son amitié.

Nous adressons un remerciement cordial à ceux qui nous ont directement aidé à terminer nos études et nous ont soutenu dans notre labeur ;

Au D^r Muller, chirurgien des hôpitaux de Saint-

Etienne, ex-prosecteur à la Faculté de Médecine de Lyon, qui nous inspira notre thèse ;

Au D^r Rivière, chef de clinique du professeur Jaboulay ;

Au D^r Bourret, chef de clinique à la Charité ;

Au D^r Bouchut, chef de travaux au laboratoire d'anatomie pathologique.

Enfin, nous remercions bien sincèrement nos amis anciens et récents qui nous ont guidé pour atteindre le but que nous nous étions fixé.

INTRODUCTION

Le diagnostic de hernie étranglée inguinale ou crurale ne présente ordinairement aucune difficulté. Il est exceptionnel qu'une telle affection passe inaperçue. Le malade est le premier à attirer l'attention du médecin sur l'existence de sa hernie et les signes nouveaux propres à l'étranglement de cette hernie ne laissent place, en général, à aucune confusion.

Aussi, le problème du diagnostic de l'étranglement herniaire, débarrassé à l'heure actuelle des discussions byzantines et surannées sur l'inflammation et l'engouement, est-il à peu près dénué d'intérêt. C'est un diagnostic qui s'impose dans l'immense majorité des cas, et l'intervention sanglante, la kélotomie, seule thérapeutique rationnelle, en découle comme un postulat nécessaire.

Rares sont les cas où le clinicien passe à côté de l'étranglement herniaire et en méconnaît l'existence. Le fait est possible, néanmoins : il arrive en effet que le tableau clinique, présenté par certains malades atteints d'étranglement herniaire, s'éloigne notablement du tableau couramment observé. En particulier, les signes locaux peuvent être si frustes, si peu marqués,

que seuls les signes fonctionnels d'occlusion intestinale retiennent l'attention. La cause locale, l'origine herniaire de l'occlusion risque ainsi d'échapper au malade et au médecin et celui-ci peut être entraîné sur une fausse piste. Il est naturellement orienté, du fait de la latence des signes locaux vers le diagnostic d'occlusion interne intra-abdominale et pose en conséquence l'indication de laparotomie.

Nous nous proposons dans ce travail de mettre en relief ces formes cliniques intéressantes d'étranglement herniaire revêtant le masque d'occlusion intestinale vraie. Nous en relaterons un certain nombre d'exemples observés par le Dr Muller au cours de ses appels comme chirurgien de garde dans les hôpitaux de Lyon pendant ces deux dernières années. Les livres classiques attirent peu l'attention sur ces variétés de hernies étranglées. MM. Jaboulay et Patel, dans leur article Hernies du *Traité de Le Dentu et Delbet*, consacrent bien quelques lignes aux étranglements herniaires latents, mais les formes latentes qu'ils envisagent diffèrent notablement de celles que nous avons en vue et ne simulent pas l'occlusion intestinale. D'autre part, les recherches que nous avons faites dans la littérature médicale ne nous ont pas révélé des travaux particuliers sur ce sujet ; peut-être en est-il qui nous aient échappé.

DES
HERNIES ÉTRANGLÉES
CRURALES ET INGUINALES

à signes locaux frustes

RISQUANT D'ÊTRE MÉCONNUES
ET PRISES POUR DES OCCLUSIONS INTESTINALES

I

DE L'ÉTRANGLEMENT HERNIAIRE DANS SON ASPECT
CLINIQUE ORDINAIRE

L'étranglement d'une hernie se manifeste par deux catégories de symptômes :

- 1° Des symptômes locaux, au niveau de la hernie ;
- 2° Des symptômes fonctionnels, dus à l'arrêt de la circulation du contenu intestinal, symptômes en tous points analogues à ceux de l'occlusion intestinale dont on peut dire, d'ailleurs, que l'étranglement herniaire n'est qu'une modalité.

Ordinairement les choses se passent de la façon suivante : ce sont les symptômes locaux qui se manifestent les premiers et forcent l'attention du malade.

Celui-ci était porteur, depuis plus ou moins longtemps, d'une hernie, dans la région inguinale ou dans

la région crurale. Brusquement il se produit, au niveau de cette hernie, un changement d'état : la hernie devient irréductible, douloureuse, et présente un état particulier de tension et de résistance aux doigts qui la palpent. Bientôt apparaissent les symptômes résultant de l'arrêt du circulus intestinal, symptômes communs à toute occlusion intestinale, quelle qu'en soit la cause : vomissements, arrêt des matières et des gaz, douleurs abdominales plus ou moins vives, établissement progressif d'un météorisme de plus en plus marqué.

Somme toute, quand une hernie s'étrangle, cet étranglement se révèle d'abord localement, au niveau de la hernie même ; il entraîne, d'autre part, de l'occlusion intestinale, dont les symptômes viennent s'ajouter plus ou moins rapidement aux signes locaux apparus en premier lieu.

Tel est, à l'ordinaire, le tableau clinique observé dans le cas de hernie étranglée. Signes locaux et signes fonctionnels y tiennent une place d'importance égale, retiennent simultanément l'attention, marchent de concert et ne laissent ainsi aucun doute au point de vue du diagnostic.

II

MODIFICATION DU TABLEAU SYMPTOMATIQUE DANS LES HERNIES ÉTRANGLÉES A FORMES D'OCCLUSION

Dans les formes que nous avons en vue, le tableau symptomatique se caractérise essentiellement par l'effacement plus ou moins complet des symptômes locaux, des signes herniaires et la prédominance des signes fonctionnels, des signes d'occlusion. Les premiers restent dans l'ombre ; les seconds attirent seuls l'attention. Pour en tracer l'esquisse schématique, il nous suffit de prendre l'une quelconque des observations que nous relatons plus loin.

Le début est analogue à celui des occlusions intestinales ordinaires. Il se fait brusquement et se marque par l'apparition des troubles abdominaux : douleurs abdominales, vomissements, arrêt des matières et des gaz.

Les *douleurs abdominales* sont à peu près constantes et c'est, en général, le premier symptôme qui frappe les malades. Elles peuvent manquer cependant ; il en était ainsi dans notre observation I, dans laquelle la malade présentait depuis trois jours des vomissements et de l'arrêt des matières et des gaz sans accuser

aucune douleur, pas plus du côté de son ventre que du côté de sa hernie.

Mais, ordinairement, les malades se plaignent de douleurs abdominales, y insistent, alors qu'elles ne ressentent rien d'anormal au niveau des régions herniaires et n'ont nullement l'attention attirée de ce côté.

Ces douleurs abdominales apparaissent brusquement et surprennent les malades en pleine santé, au milieu de leurs occupations ordinaires. L'intensité de ces douleurs est variable, mais d'une façon générale, ce sont des douleurs de moyenne intensité, supportables. Elles n'ont pas le caractère aigu, dramatique, des perforations intestinales ou des pancréatites ; elles n'arrachent pas des cris aux malades ; elles ne les obligent pas à prendre des positions particulières.

Ces douleurs abdominales persistent, s'atténuant plus ou moins par moments, s'exagérant à d'autres. Le siège de ces douleurs est parfois difficile à préciser et la malade se plaint de douleurs diffuses, profondes, mal localisées. Dans deux de nos observations (obs. III et IV), le siège des douleurs était assez particulier : les malades se plaignaient nettement de souffrir *en haut et à gauche de l'abdomen, vers l'épigastre et l'hypocondre gauche*, et n'accusaient aucune douleur dans le reste de l'abdomen ; dans ces deux cas, il s'agissait cependant de hernies étranglées du côté droit, l'une crurale, l'autre inguinale. Il s'agit là de véritables douleurs à distance, paradoxales, siégeant à l'antipode du siège de la lésion ; bien loin d'attirer l'attention sur cette dernière, elles la détournent au contraire et contribuent à faire errer le diagnostic.

Somme toute, au point de vue du symptôme : douleurs abdominales, il faut retenir que ce symptôme est, au point de vue du diagnostic, un symptôme trompeur. Ces douleurs abdominales, diffuses ou siégeant loin des régions crurales ou inguinales, font véritablement diversion. Elles ressemblent aux douleurs de l'occlusion intestinale vraie et, au lieu de guider le clinicien vers leur véritable cause, elles l'en écartent s'il n'est pas prévenu de leur juste valeur.

Les vomissements apparaissent concomitamment ou peu après les douleurs abdominales. Ce sont d'abord des vomissements alimentaires; puis, au bout de quelques jours, c'est le rejet par la bouche du contenu intestinal arrêté en cours de route, des vomissements fécaloïdes, à odeur et aspect caractéristiques.

L'arrêt des matières et des gaz par l'anus accompagne les symptômes précédents et complète le tableau de l'occlusion. Si les choses sont abandonnées à leur évolution naturelle, il se produit peu à peu un météorisme progressif, d'abord discret, puis plus marqué. Ce météorisme ne devient cependant nettement appréciable qu'au bout de trois ou quatre jours. Il fait défaut, en général, pendant les trois ou quatre premiers jours de l'accident. C'est ainsi que, dans nos observations I et IV, les malades observées au bout du troisième jour ne présentaient pas de traces appréciables de météorisme; celui-ci était net au contraire chez les malades des observations II et III vues aux huitième et quatrième jours.

Tels sont les symptômes qui dominent la scène : il

est facile de comprendre que l'impression clinique qui s'en dégage logiquement et naturellement est celle d'occlusion intestinale intra-abdominale. Et cependant, il s'agit en réalité de hernie étranglée, non pas de hernie exceptionnelle à siège rarissime, obturatrice ou ischiatique, mais de hernie crurale ou inguinale. Pourquoi donc ce diagnostic, ordinairement si simple, est-il malaisé ? Pour quelles raisons ces hernies étranglées à siège banal risquent-elles de passer inaperçues ? C'est ce que nous allons analyser maintenant avec quelques détails.

La hernie risque d'être méconnue pour deux raisons principales :

1° Parce qu'elle est d'un volume suffisamment réduit pour ne pas faire de relief anormal au niveau des régions herniaires, et que, par suite, elle n'attire pas le regard ;

2° Parce qu'elle n'est le siège d'aucune douleur, soit spontanément, soit quand on la palpe.

1° *La hernie ne fait aucune saillie bien appréciable et échappe au regard.*

Si l'on excepte l'observation I, où la hernie, de la grosseur d'un petit œuf, se révélait à l'œil sous forme d'une petite tuméfaction qui bombait légèrement au niveau du pli de l'aîne, il n'y avait chez les trois autres malades aucune tuméfaction anormale au niveau de la hernie. La simple inspection de la région de l'aîne, chez les malades II, III et IV, était complètement négative, et à s'en tenir à cette inspection, l'on ne pouvait qu'être induit en erreur et méconnaître l'existence de la hernie. Ce sont donc là des hernies que l'on peut

qualifier *d'invisibles*, et ce caractère d'invisibilité est sous la dépendance de deux facteurs principaux :

a) Il s'agit de hernies de tout petit volume ne contenant qu'un minimum d'intestin, ainsi que nous le verrons au chapitre d'anatomie pathologique ;

b) Il s'agit de malades et en particulier de femmes (remarquons que, dans toutes nos observations, il s'agit de femmes) douées d'un certain embonpoint et possédant un pannicule cellulo-adipeux sous-cutané d'une assez bonne épaisseur ; par conséquent ce matelas de parties molles contribue à masquer entièrement à la vue la saillie herniaire, déjà peu perceptible par elle-même, en en faisant disparaître le faible relief anormal.

2° *La hernie n'est le siège d'aucune douleur, voire même d'aucune sensibilité, soit spontanément, soit quand on la palpe.*

C'est là un caractère négatif des plus remarquables. Un des premiers symptômes de l'étranglement herniaire est, en effet, la douleur localisée au niveau de la hernie, douleur à la fois spontanée et s'exagérant lorsqu'on palpe et comprime la tuméfaction herniaire. La douleur est le cri d'alarme de la hernie étranglée ; elle attire l'attention du porteur, lui indique qu'il se passe au niveau de sa hernie quelque chose d'anormal ; d'autre part, lorsque le clinicien palpe une hernie devenue subitement douloureuse, la palpation provoque et exagère la douleur ; ce caractère, joint à l'irréductibilité de la hernie, signifie à peu près toujours étranglement herniaire.

Dans les formes de hernies étranglées que nous envisageons dans ce travail, le symptôme douleur fait,

au contraire entièrement défaut, et cette absence de phénomènes douloureux au niveau de la hernie ne contribue pas peu à faire douter de l'étranglement, une fois qu'on a découvert la tuméfaction anormale.

Cette tuméfaction n'est le siège d'aucune douleur spontanée et les manœuvres de palpation ne réussissent pas non plus à réveiller de la douleur à son niveau. Les doigts ont beau appuyer sur elle, la comprimer, la tuméfaction reste insensible et s'obstine à garder le silence. Nos quatre observations se caractérisent au premier chef par cet état d'indifférence de la hernie à la souffrance.

Chez la malade de l'observation I, l'étranglement durait depuis trois jours; cependant à aucun moment la hernie n'avait présenté la moindre sensibilité; elle n'en présentait pas davantage à la palpation.

Dans l'observation II, les phénomènes d'étranglement remontaient à huit jours. La malade ne se plaignait aucunement de sa hernie à son arrivée à l'Hôtel-Dieu; elle ne s'en était pas davantage plainte à son médecin. De violentes douleurs abdominales au contraire avaient retenu toute son attention.

Les malades des observations III et IV accusaient également surtout des douleurs abdominales, loin de la région herniaire. Celle-ci n'avait jamais été le siège de la moindre sensibilité. Elle restait entièrement indolore quatre jours après le début des accidents. La malade de l'observation IV ne soupçonnait pas l'existence de sa hernie.

Chez ces quatre malades, les manœuvres de palpation et d'exploration de leur hernie ne provoquaient

aucune douleur. Interrogées spécialement à ce sujet, les quatre malades affirmèrent n'éprouver, du fait de ces manipulations, aucune souffrance même minime.

En résumé, absence de douleurs, soit spontanées, soit provoquées par la palpation au niveau de la hernie : tel est le deuxième caractère négatif important qu'il importe de retenir.

Un dernier point mérite d'être signalé au point de vue des symptômes locaux, c'est *l'absence de sonorité* lorsqu'on percute la tuméfaction herniaire. Le fait s'explique de la même façon que l'invisibilité de la hernie. Nous verrons au chapitre d'anatomie pathologique qu'il n'y a d'engagé et incarcéré dans le sac herniaire que très peu d'intestin, qu'il s'agit à peu près toujours d'un pincement latéral. Le contenu gazeux emprisonné se réduit ainsi à très peu de chose, et, étant donné d'autre part, le matelas adipeux qui le recouvre il ne se manifeste pas, à la percussion, par une sonorité caractéristique.

En définitive, les signes locaux que l'examen le plus minutieux permet de trouver chez les malades se réduisent à la découverte, par la palpation, d'une petite tuméfaction de la région de l'aîne; cette tuméfaction, de la grosseur d'une noix en moyenne, est sentie assez profondément, assez loin des plans superficiels, surtout lorsqu'on a affaire à des femmes un peu grasses. Cette tuméfaction présente, à la palpation, une certaine résistance élastique. Elle est dépourvue de toute sensibilité douloureuse, soit spontanée, soit provoquée. Elle est dépourvue de sonorité.

C'est là une physionomie clinique toute différente de celle qu'offre à l'ordinaire une hernie étranglée. Il importe d'insister sur cette attitude paradoxale, sur cet air innocent, sur cette allure silencieuse. L'on hésite, en effet, si l'on n'est pas averti, à incriminer une tuméfaction si discrète et si réservée. Elle semble exister à part des symptômes abdominaux ; donne l'impression de n'être pour rien dans l'éclosion de ces symptômes, de ne jouer aucun rôle dans leur persistance. C'est elle pourtant qui est la cause de tout le mal, et c'est à elle que le chirurgien doit s'attaquer, comme si elle possédait au complet tous les signes d'étranglement.

III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Une des conditions cliniques qui permet à la hernie étranglée de rester dans l'ombre, au milieu du tableau apparent d'occlusion intestinale, est la petitesse de la hernie, qui échappe facilement au regard, se dérobe à la vue et n'est perceptible qu'à une palpation attentive.

Ce fait clinique est conditionné directement par l'état anatomo-pathologique. Cet état se caractérise par un certain nombre de dispositions, entre lesquelles paraît exister un enchaînement assez étroit.

Dans les quatre observations que nous rapportons, ces diverses dispositions se sont retrouvées avec une constance et une identité qui nous permettent d'en formuler schématiquement les grandes lignes.

- 1° *La hernie est de tout petit volume.*
- 2° *L'étranglement appartient à la variété pincement latéral.*
- 3° *L'anse pincée fait partie d'un segment intestinal à court mésentère.*
- 4° *Il s'agit ordinairement de la portion terminale de l'iléon et la hernie siège avec prédilection à droite,*

1° La hernie est de tout petit volume. — La hernie ne dépasse guère la grosseur d'une noix, d'un œuf de pigeon. Elle apparaît, après l'incision des divers plans qui la séparent des téguments, comme une petite tuméfaction plus ou moins globuleuse située profondément, à siège variable, suivant qu'il s'agit d'une hernie crurale ou d'une hernie inguinale.

Dans le cas de hernie crurale, on la trouve au-dessous de l'arcade de Fallope, qu'elle dépasse à peine et qu'il faut relever avec un écarteur pour la découvrir pleinement au niveau même de l'anneau crural.

Dans le cas de hernie inguinale, il faut pénétrer dans le canal inguinal, dans la profondeur duquel elle est blottie. Ce n'est qu'après l'incision de la paroi antérieure du canal formée par l'aponévrose du grand oblique qu'on peut découvrir la hernie, en relevant les bords inférieurs du petit oblique et du transverse vers l'orifice profond du canal inguinal.

Après l'incision du sac, qui ne renferme souvent qu'une quantité minime de liquide, on aperçoit, fixé vers le collet du sac, l'intestin étranglé sous forme d'une petite saillie de coloration rouge ou rouge noir, suivant le degré de l'ancienneté de l'étranglement. Cette saillie représente une sorte de boursouffure de la paroi libre de l'intestin; il n'y a pas dans le sac herniaire une anse intestinale complète et, après le débridement du collet et de l'anneau d'étranglement, on constate qu'il s'agit d'un pincement latéral.

2° L'étranglement appartient à la variété pincement latéral. — Cette variété d'étranglement se

caractérise par ce fait qu'il n'y a qu'une portion latérale d'intestin retenue dans le sac, portion appartenant à la paroi libre, à la convexité d'une anse. L'intestin donne l'impression d'avoir été happé latéralement et aspiré dans la hernie sous forme d'un petit diverticule. Ce petit diverticule est séparé du reste de l'intestin par le sillon d'étranglement, sillon qui est situé plus ou moins près de l'attache mésentérique. Lorsque ce sillon est à une certaine distance du bord mésentérique, la lumière intestinale n'est pas entièrement abolie et le passage des gaz et des matières peut, à la rigueur, se faire par le couloir plus ou moins étroit qui persiste contre la paroi fixée au mésentère. Si le sillon porte, au contraire, au ras du bord mésentérique et si, à plus forte raison, il empiète sur ce bord, la circulation dans le tube intestinal est complètement arrêtée et l'occlusion est entière. Il y a tous les degrés possibles, théoriquement tout au moins, depuis le pincement qui n'intéresse qu'une portion minime de la convexité d'une anse en laissant libre la plus grande partie de sa lumière et le pincement latéral qui intéresse toute la circonférence de l'anse jusqu'à l'attache mésentérique. Mais, en réalité, pour que l'intestin ainsi pincé reste retenu dans le sac et ne se réduise pas spontanément dans le ventre, il faut que le pincement porte sur plus de la moitié de la circonférence de l'intestin et que le sillon d'étranglement se rapproche plus ou moins du bord mésentérique. Dans les quatre observations que nous publions, il s'est toujours agi d'un pincement latéral intéressant presque toute la circonférence de l'intestin. Le sillon, circulaire ou plus ou moins elliptique d'étranglement, affleurait

où touchait même l'attache du mésentère. Dans ces quatre cas, l'interruption de la circulation des matières et des gaz fut complète et l'occlusion fut cliniquement absolue.

3° L'anse pincée appartient à un segment intestinal à court mésentère. — C'est là une disposition dont on s'aperçoit au cours de l'intervention et qui constitue pour le chirurgien un obstacle à l'extériorisation et l'exploration de l'anse pincée. Lorsque, après l'ouverture du sac, le collet ou l'anneau fibreux d'étranglement ont été incisés, le chirurgien cherche, dans une kélotomie, à attirer hors du ventre l'anse étranglée pour se rendre compte *de visu* de l'étendue de la zone étranglée et de sa vitalité définitive. Dans la majorité des cas, l'intestin se laisse attirer dehors sans grande difficulté, tout au moins d'une façon suffisante pour permettre sa vérification. Dans quelques cas, cependant, l'opérateur éprouve de la peine à attirer l'intestin hors du ventre. L'intestin est retenu profondément, comme amarré de court et, parfois, dès que l'agent d'étranglement a été incisé, on le voit rentrer spontanément dans l'abdomen, si l'on n'a soin de le retenir à l'extérieur. Ces faits sont évidemment sous la dépendance de la brièveté plus ou moins grande du mésentère ; c'est de la longueur de ce méso que dépend en définitive l'extériorisation plus ou moins facile de l'intestin engagé dans un trajet herniaire. Dans les cas qui nous occupent, cet amarrage de court de l'intestin paraît se rencontrer avec une certaine constance. Dans nos quatre observations, il a été opératoirement vérifié

à un degré plus ou moins prononcé. Il est à noter que la difficulté d'attirer l'intestin en dehors n'est pas identique pour les deux bouts de l'anse intestinale. Elle est prononcée surtout pour le bout inférieur; elle est moindre, au contraire, pour le bout supérieur dilaté. Celui-ci peut être déroulé et exploré sur une longueur convenable; celui-là, au contraire, semble résister aux tractions. Le bout inférieur ne « vient » souvent pas plus de un à deux travers de doigt au delà de la zone pincée. C'est suffisant évidemment pour vérifier l'état du sillon d'étranglement; c'est, par contre, un gros obstacle si l'on a affaire à des lésions prononcées et s'il faut pratiquer une résection intestinale.

4° Il s'agit ordinairement de la portion terminale de l'iléon et la hernie siège avec prédilection à droite. — La brièveté du mésentère qui retient l'intestin et s'oppose à son extériorisation peut tenir à la disposition congénitale de ce mésentère, à sa manière d'être spéciale chez un individu donné. Mais la longueur du mésentère varie également avec la portion de l'éventail mésentérique que l'on considère, et l'on sait que c'est aux deux extrémités de l'intestin grêle, c'est-à-dire vers la portion initiale du jejunum et vers la fin de l'iléon, que le mésentère présente son minimum de longueur.

Ce fait permet de comprendre que la difficulté d'attirer l'anse intestinale au dehors doit se rencontrer avec prédilection, lorsque cette anse intestinale appartient à la fin de l'iléon. Plus on s'approchera du cæcum, plus l'anse iléale sera amarrée de court, moins elle tendra

à s'engager dans le sac herniaire, soit spontanément, soit par manœuvres de traction. Dans les observations III et IV, cette brièveté de l'attache intestinale paraît manifestement entrer en jeu. Il est expressément noté dans ces observations que l'anse étranglée appartenait à la fin de l'intestin grêle : le calibre réduit de l'anse, le peu d'épaisseur de ses parois, l'absence de valvules à sac intérieur en étaient des preuves facilement constatables.

D'autre part, on conçoit facilement que, la brièveté du mésentère devenant de plus en plus prononcée au fur et à mesure que l'on s'approche de la fin de l'iléon, ce soit le bout inférieur de l'intestin qui présente à l'extériorisation le maximum de résistance, tandis que le bout supérieur se laisse plus aisément attirer au dehors.

Il faut remarquer enfin que dans nos quatre observations il s'est agi de hernies du côté droit ; ce fait s'accorde avec les constatations précédentes : la terminaison de l'iléon est située, on le sait, dans la fosse iliaque droite et par suite c'est dans les hernies du même côté que le dernier segment de l'intestin grêle aura le plus de chances d'être rencontré.

IV

DIAGNOSTIC

Nous n'entrerons pas dans de longs développements en ce qui concerne le problème du diagnostic. Ce problème se comprend aisément après ce que nous avons dit de l'état symptomatique.

En premier lieu, il n'y a guère d'hésitation possible, en présence de symptômes fonctionnels présentés par les malades, sur l'existence d'un état d'occlusion intestinale, quelque soit d'ailleurs la cause de cette occlusion : l'arrêt complet des matières et des gaz par l'anus ; les vomissements plus ou moins espacés mais continuels, d'abord alimentaires, puis bilieux, puis fécaloïdes ; l'absence de phénomènes fébriles permettent de dire sans difficulté que le libre passage des liquides et des gaz dans l'intestin est interrompu d'une façon complète par un obstacle mécanique.

La confusion n'est guère possible avec d'autres affections abdominales, donnant lieu aux symptômes précédents de vomissement et de suppression des garde robes mais s'accompagnant aussi d'autres symptômes qui entraînent le diagnostic : on éliminera ainsi facilement les diverses inflammations péritonéales, localisées ou plus ou moins généralisées, d'origine

appendiculaire, vésiculaire, gastrique, duodénale, salpingienne; les phénomènes fébriles, la contracture des parois de l'abdomen, révéleront l'origine inflammatoire des phénomènes d'occlusion ou de pseudo-occlusion.

En somme, il est ordinairement facile de se rendre compte que le ou mieux la malade est atteinte indubitablement d'occlusion intestinale d'origine mécanique, et le problème consiste avant tout à dépister la cause de cette occlusion.

Rien n'est plus simple, dans les hernies étranglées à symptômes complets, retenant immédiatement l'attention par une tuméfaction plus ou moins considérable et des douleurs plus ou moins accusées.

Dans les cas qui nous occupent, au contraire, la hernie se dissimule et ne se livre pas au premier examen.

Les malades n'attirent pas l'attention sur elle, parce que souvent ils en ignorent même l'existence ou parce que, en l'absence de douleurs à son niveau, ils n'y attachent pas d'importance. La conclusion c'est qu'en présence de malades présentant des phénomènes d'occlusion, il ne faut pas se contenter des renseignements négatifs qu'ils peuvent fournir lorsqu'on les interroge ou sujet d'une hernie. Il ne faut pas se contenter non plus d'un examen superficiel et rejeter l'idée du banal étranglement herniaire parce que l'inspection des régions ordinairement coupables ne révèlent à première vue rien d'anormal; il faut adopter comme règle de s'assurer toujours par une palpation minutieuse de l'état des régions herniaires. On vérifiera des

deux côtés, à droite et à gauche, s'il n'existe pas profondément au niveau du canal inguinal ou de l'anneau crural, une petite tuméfaction imperceptible à la vue. Cette exploration sera faite systématiquement, même si le malade n'accuse aucune douleur de ce côté, ou même se plaint de douleurs abdominales éloignées qui permettraient de croire *a priori* que les régions herniaires ne sont pas en cause. La palpation sera faite avec d'autant plus de soins que l'on aura affaire à des malades doués d'un certain embonpoint et, en particulier, à des femmes au pannicule adipeux sous-cutané bien développé, masquant les saillies sous-jacentes.

En procédant ainsi, on ne laissera pas échapper une tuméfaction profonde ne faisant pas de relief apparent dans la région du pli de l'aîne, et la question se posera alors de la nature exacte de cette tuméfaction et de son rôle dans la production des accidents d'occlusion dont souffre la malade.

Y a-t-il là deux choses différentes sans lien pathologique entre elles? La tuméfaction que l'on sent dans l'aîne est-elle au contraire la cause des accidents d'occlusion? S'agit-il, en définitive, d'une hernie étranglée? Tel est le problème qui s'offre au clinicien et dont la solution n'est pas aussi simple qu'elle le paraît théoriquement.

De prime abord en effet, en présence de cette tuméfaction n'ayant aucun des caractères habituels de la hernie étranglée, l'on songe à toute autre chose et l'on hésite à reconnaître dans la tuméfaction que l'on sent la cause des accidents.

Les renseignements que fournissent les malades sur l'histoire de cette tuméfaction n'ont, en général, rien de caractéristique au point de vue de sa nature herniaire. Parfois, comme dans l'observation IV, la malade peut même en ignorer complètement l'existence. D'autres fois, les malades ont bien remarqué depuis plus ou moins longtemps une petite grosseur dans la région de l'aîne, mais soit par défaut d'observation, soit absence de certains signes, elles ne renseignent que d'une manière vague sur les caractères de cette grosseur. Quand on leur demande si cette grosseur a augmenté de volume et de tension dans les efforts abdominaux et pendant la toux, si elle était réductible, si elle présentait à la palpation le phénomène du gargouillement, elles sont souvent embarrassées pour affirmer ces signes pathognomoniques des hernies et on ne peut du fait de l'interrogatoire, conclure de façon certaine à la nature herniaire de la tuméfaction.

On en est réduit, en somme, à discuter par les seuls signes physiques que l'on constate, la nature de cette tuméfaction; or, nous l'avons vu, ces signes physiques se réduisent à la présence, dans les plans profonds de la région de l'aîne, d'une petite tumeur, plus ou moins arrondie, à consistance élastique, irréductible, sans changement de volume sous l'influence de la toux, complètement indolore et la première impression que l'on a en présence de ces caractères, c'est qu'il ne s'agit pas de hernie étranglée et qu'il doit y avoir entre cette tumeur et les phénomènes d'occlusion qui amènent le malade à l'hôpital, simple coexistence et non relation de cause à effet. L'on passe alors en revue les diverses

tuméfactions que l'on peut rencontrer au niveau de l'aine et l'on se demande s'il ne s'agit pas soit d'un *ganglion lymphatique* augmenté de volume sous l'influence d'une inflammation chronique ou d'un processus néoplasique ;

Soit d'un petit *lipome* ou d'un petit *fibrome* développé aux dépens des plans fibreux et aponévrotiques profonds de la région ;

Soit d'un *abcès froid* d'origine ganglionnaire ou dû à une lésion osseuse ou ostéoarticulaire de voisinage ;

Soit enfin d'une *épiplocèle adhérente irréductible* ou d'un petit *kyste sacculaire*.

Nous ne discuterons pas en détail le diagnostic de ces diverses affections. Il nous suffit de les énumérer. Nous insisterons seulement encore une fois sur ce fait que les formes de hernies étranglées que nous mettons en relief dans ce travail ont des caractères locaux tels qu'on risque parfaitement de les prendre pour l'une ou l'autre de ces tumeurs de l'aine. Il importe donc d'être averti et de se méfier de l'impression trompeuse que peut donner l'examen physique local, du fait de l'absence complète de douleur soit spontanée soit provoquée. L'on évitera ainsi de rejeter le diagnostic de hernie étranglée qui, de par l'examen local, semble invraisemblable et l'on se gardera de voir, dans la tuméfaction que l'on sent dans la région de l'aine, quelque chose d'indépendant et d'innocent, sans relations avec les phénomènes d'occlusion dont souffre le malade.

Un dernier point reste à élucider dans la question du diagnostic : celui du siège précis de la hernie. Est-

elle crurale ? Est-elle inguinale ? La situation de la tuméfaction au-dessous et au-dessus de l'arcade de Fallope est la clef du problème. C'est la palpation qui permet de repérer d'une façon précise la tuméfaction par rapport à l'arcade crurale. La chose est facile en général. Il n'y a pas lieu d'y insister ici.

V

PRONOSTIC

Le pronostic des hernies étranglées envisagées dans ce travail ne diffère guère de celui des hernies étranglées en général. Il dépend avant tout des lésions de l'intestin étranglé et de la rapidité plus ou moins grande avec laquelle la vitalité de l'intestin est compromise et aboutit à la gangrène et à la perforation.

Rien n'est plus variable que ce processus, dont l'évolution peut osciller de quelques heures à quelques jours. Il est difficile de formuler à ce point de vue des règles précises. On admet, d'une façon générale, que la gangrène herniaire survient d'autant plus vite que l'anneau d'étranglement est plus serré que l'anse intestinale est plus petite, que l'intestin existe seul dans la hernie sans épiploon. Ce serait en particulier le cas des petites hernies crurales, dans lesquelles l'arête tranchante du Gimbernat jouerait un rôle particulièrement défavorable sur la vitalité de l'intestin. De même les pincements latéraux aboutiraient rapidement, d'après certains auteurs, reproduisant l'opinion de Richter et de Louis, au sphacèle et à la perforation de l'anse intestinale.

En réalité cette dernière opinion est des plus discutables. Gosselin et Berger ont montré depuis longtemps, avec observations à l'appui, qu'un pincement latéral n'entraînait pas fatalement en vingt-quatre ou trente-six heures, le sphacèle et la perforation de l'intestin, mais pouvait persister plusieurs jours sans s'accompagner de gangrène.

Nos observations confirment pleinement cette manière de voir : dans les observations I et IV les malades avaient leur intestin pincé depuis trois jours, quand elles furent opérées; dans l'observation III, le pincement durait depuis quatre jours, dans l'observation II, depuis huit jours.

Cependant, dans ces quatre observations, on ne trouva à l'intervention, au niveau de la zone intestinale pincée, que des lésions susceptibles de guérir spontanément une fois l'intestin libéré, et en aucun cas la vitalité de cet intestin ne fut compromise.

Faut-il en conclure, contrairement à Richter et à Louis, que l'intestin supporte plus aisément et plus longtemps un pincement latéral qu'un étranglement ordinaire? Nous ne le croyons pas. Que l'intestin soit pincé latéralement ou qu'une anse complète soit étranglée, la marche des lésions intestinales dépend, avant tout, du degré de constriction de l'agent étranglement, collet ou anneau, c'est-à-dire de l'interruption plus ou moins complète de la circulation dans l'intestin étranglé. Si cette constriction est modérée, si elle n'empêche pas complètement la circulation intestinale, l'intestin, quelle que soit la forme de l'étranglement, pourra rester, pendant plusieurs jours, sans

lésions irrémédiables. Si la constriction est très forte, au contraire, les lésions intestinales évolueront rapidement et aboutiront à la gangrène.

Il n'est pas douteux que ces diverses éventualités peuvent se voir dans le cas de pincement latéral comme dans le cas d'étranglement d'une anse complète.

Les observations que nous relatons appartiennent à une série heureuse. Elles prouvent qu'un pincement latéral n'entraîne pas fatalement, comme le croyaient Richter et Louis, la mortification de l'intestin en quelques heures. Mais elles n'impliquent nullement que les choses doivent se passer toujours ainsi.

Il est, somme toute, impossible d'enfermer dans une formule mathématique le pronostic des pincements latéraux. La seule règle qu'il faille admettre, c'est que, plus on attend, plus les lésions à l'intestin ont chance de s'aggraver. Aussi, bien que de nombreuses observations montrent que ces lésions peuvent rester sans gravité, même après plusieurs jours de pincement, il ne faut pas, en pratique, escompter cette éventualité favorable ; il faut toujours redouter une mortification rapide de l'intestin ; il faut, en conséquence, toujours intervenir le plus rapidement possible.

VI

TRAITEMENT

Le traitement des hernies étranglées à symptômes locaux frustes ne s'écarte aucunement des hernies étranglées en général. Le diagnostic en ayant été fait, on évitera de faire une laparotomie, et l'on pratiquera une kélotomie.

Nous ne voulons pas décrire ici en détail les divers temps de cette intervention. Nous insisterons seulement sur les précautions à prendre dans les temps de débridement et de vérification à l'intestin.

Il faut, avant tout, se rappeler que ce dernier, amarré de court, tend à rentrer spontanément dans l'abdomen dès que le débridement a été opéré. Il faut donc, une fois le sac ouvert et au moment de pratiquer le débridement, avoir soin de saisir avec précaution, entre le pouce et l'index, l'intestin qui fait saillie dans le sac, et s'opposer ainsi à la traction du mésentère qui cherche à entraîner l'anse pincée dans le ventre, dès que l'agent d'étranglement a été incisé.

L'intestin ayant été maintenu de cette façon, il faut s'assurer de l'état de ses parois. Pour ce faire, il faut s'efforcer de l'attirer au dehors et découvrir, autant que possible, la zone et le sillon d'étranglement.

Ici, encore, il faut se souvenir que l'intestin se prête souvent de fort mauvaise grâce à ces manœuvres d'extériorisation. Il faut procéder avec ménagements, éviter de tirer fort sans quoi l'on risque de déchirer l'intestin et ses attaches mésentériques, risques de déchirure tenant à la fois à la brièveté du mésentère et à sa friabilité particulière du fait de son état de congestion et d'œdème.

Il peut arriver que l'intestin se soit retiré dans l'abdomen avant qu'on ait eu le temps de vérifier son état. Il ne faut pas hésiter, dans ces cas, à aller à sa recherche. L'on commencera par la manœuvre suivante : on cherchera, en introduisant une pince à mors élastique par le trajet herniaire, à pincer une anse intestinale au voisinage de l'orifice abdominal de la hernie et à l'amener au dehors. Si l'anse saisie est l'anse pincée, on procédera, comme précédemment, à sa vérification. S'il s'agit d'une anse non malade, on s'en servira, par déroulement et réintégration successifs, pour attirer l'anse en cause dehors et s'assurer de son état.

Si ces manœuvres échouent, il ne faut pas hésiter à pratiquer une hernio-laparotomie pour arriver à découvrir l'anse étranglée.

Une fois qu'on s'est assuré de l'état de l'intestin, on se comportera de façon variable suivant cet état même : réduction simple, réduction après entérectomie seront pratiquées suivant les cas. Il n'y a là rien de particulier aux hernies qui nous occupent ; il est inutile de nous y étendre davantage.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Hernie crurale étranglée depuis trois jours : vomissements, arrêt des matières et des gaz. — Les signes locaux, qui décèlent ordinairement l'étranglement de la hernie, sont absents.

X..., vieille femme assez maigre âgée de quatre-vingt-quatre ans, vient à l'Hôtel-Dieu, le 3 février 1909, parce que, depuis trois jours, elle s'est mise à vomir et n'a fait, par l'anus, ni matières, ni gaz. Ne se plaint d'aucune douleur abdominale ou autre.

A l'examen, M. Muller, chirurgien de garde, constate l'existence d'une hernie crurale droite de la grosseur d'un petit œuf. Cette hernie n'est aucunement douloureuse ni spontanément ni à la palpation. Elle ne l'a jamais été. Elle ne présente, d'autre part, aucune tension, mais plutôt une consistance lipomateuse. Elle est irréductible. Elle est mate à la percussion. Bref, ce sont, à part l'irréductibilité, les signes physiques d'une hernie crurale ordinaire non étranglée. *Malgré cette absence de signes locaux d'étranglement*, M. Muller pratique une *kélotomie* à ce niveau. Il trouve dans le sac herniaire matelassé extérieurement d'une couche grasseuse, un peu d'épiploon rouge et congestionné. Derrière l'épiploon, vers l'anneau crural, apparaît la con-

vexité d'une anse grêle fortement congestionnée. Après section du Gimbernat, cette anse est attirée au dehors pour en vérifier la vitalité. Cette extériorisation ne peut se faire que sur une longueur de quelques centimètres et l'on est rapidement arrêté, surtout d'un côté, par la résistance du mésentère.

L'on constate qu'il s'agit, au point de vue de l'étranglement, d'un pincement latéral, pincement latéral qui porte sur une étendue de deux travers de doigt environ. Le sillon de pincement se rapproche du bord mésentérique. La coloration de l'intestin est rouge noir, mais sa vitalité n'est pas suspecte : on refoule l'anse dans l'abdomen.

Ablation du sac. — Fermeture de l'anneau en suturant avec des tendons de renne, l'arcade crurale, sectionnée et mobilisée à la façon de Delagenière, à l'aponévrose du pectiné.

Guérison sans incident. — Les vomissements se sont arrêtés complètement depuis l'opération. La circulation des matières et des gaz s'est rétablie rapidement.

La malade sortit guérie de l'Hôtel-Dieu au bout d'une quinzaine de jours.

OBSERVATION II

Hernie crurale droite étranglée. — *L'étranglement s'est manifesté depuis huit jours par des signes d'occlusion intestinale : douleurs abdominales, vomissements, arrêt complet des matières et des gaz. — Absence de signes locaux d'étranglement.*

Veuve Thérèse L... vient, le 23 décembre 1908, à l'Hôtel-Dieu, envoyée par son médecin, pour des signes d'occlusion intestinale ayant débuté, il y a huit jours, d'une façon brusque, par des douleurs abdominales, des vomissements, de l'arrêt complet des matières et des gaz. — Purgations et lavements sans effet thérapeutique.

M. Muller voit la malade, comme chirurgien de garde, vers trois heures de l'après-midi.

La malade déclare, à ce moment, que ses douleurs et ses vomissements ont cessé dans la matinée au cours de son transport à Lyon.

A l'examen, le ventre est légèrement météorisé, mais souple et non douloureux.

Rien au toucher rectal ni au toucher vaginal. A l'examen des régions herniaires, on constate, à la palpation, la présence d'une petite hernie crurale droite, ne faisant pas de saillie appréciable et n'attirant pas le regard. Cette hernie, grosse comme le doigt, n'est aucunement douloureuse à la palpation. Elle n'est pas tendue. D'autre part, aucune sonorité à la percussion.

En interrogeant la malade sur cette hernie, sur laquelle elle n'appelait pas du tout l'attention, elle déclare qu'elle l'a depuis longtemps et qu'elle n'a rien remarqué dans les derniers jours de bien spécial à son niveau. — Peut-être la hernie avait-elle été seulement un peu plus sensible, mais cette sensibilité n'avait rien été à côté des douleurs ressenties depuis huit jours dans l'abdomen même.

En dépit des caractères négatifs d'étranglement au point de vue des signes locaux, M. Muller décide de faire une *kélotomie*.

Il trouve un sac herniaire épais d'un demi-centimètre, rouge congestionné. Pas de lipome préherniaire. — A l'ouverture du sac, on le trouve complètement déshabité.

Incision de l'arcade crurale. L'index va, par l'anneau crural agrandi, à la recherche de l'anse intestinale qui a dû s'étrangler dans ce sac, puis se réduire spontanément pendant le transport de la malade à Lyon. On ramène une anse grêle, et, en la déroulant, on trouve, à un moment donné, une zone de deux travers de doigt environ, où l'anse, au niveau de son bord libre, est congestionnée, rouge, dépolie. Il s'agit indubitablement d'un pincement latéral. La portion des parois intestinales tenant au mésentère a

son aspect normal et le pincement latéral n'a porté que sur la moitié environ de la lumière de l'intestin.

La vitalité de l'anse pincée n'est nullement suspecte, et, après cette vérification, on termine l'opération en fermant par deux points au catgut l'anneau crural après résection du sac herniaire.

On fait donner à la malade un lavement quelques heures après l'opération. Ce lavement amène, dans la nuit, une forte débâcle de matières.

La guérison se fit rapidement et la sortie de l'hôpital eut lieu au bout de quelques jours.

En résumé, cette observation présente plusieurs points qui méritent d'être mis en relief :

1° L'étranglement herniaire en a imposé cliniquement pour une occlusion intestinale de cause inconnue, par suite de l'absence des signes locaux ordinaires de l'étranglement ;

2° Il s'agissait, anatomiquement, d'un pincement latéral qui a présenté les particularités suivantes :

a) Il a entraîné un arrêt complet de la circulation intestinale, tant gazeuse que liquide, bien que le pincement n'ait porté que sur la moitié environ de la lumière de l'intestin ;

b) Il a persisté huit jours sans compromettre la vitalité de l'intestin ;

c) Il s'est réduit spontanément durant le transport de la malade à Lyon.

OBSERVATION III

*Hernie inguinale droite étranglée méconnue
prise pour une occlusion intestinale.*

Mme R. ., quarante ans, est envoyée, le 28 octobre 1910,

à l'Hôtel-Dieu, par son médecin, pour des phénomènes d'occlusion intestinale remontant à quatre jours.

Les phénomènes morbides ont débuté brusquement par des douleurs abdominales siégeant principalement à l'épigastre et vers l'hypocondre gauche ; les douleurs ont été suivies de vomissements et d'arrêt complet des matières et des gaz.

La malade est vue à son entrée à l'hôpital par l'interne de garde, qui diagnostique également une occlusion de cause indéterminée et fait appeler le chirurgien de garde. M. Muller voit la malade en cette qualité.

A l'interrogatoire de la malade, pas d'antécédents nets. La malade accuse seulement depuis quelques années quelques troubles gastriques mal caractérisés. Elle a eu quatre enfants ; le dernier est âgé de vingt-sept mois : rien d'anormal durant ses grossesses et ses couches. Actuellement elle est encore enceinte de trois mois.

En somme, toute l'histoire pathologique de la malade remonte à quatre jours et se résume dans l'apparition, à cette date, et la persistance depuis, de douleurs abdominales, de vomissements, d'arrêt des matières et des gaz. La malade se plaint de souffrir surtout en haut et à gauche de l'abdomen, vers l'épigastre et l'hypocondre gauche. Elle ne se plaint d'aucune douleur ailleurs et n'attire pas du tout l'attention du côté de ses orifices herniaires.

A l'examen du ventre : léger météorisme, quelques anses se contractent et se dessinent sous la peau, surtout en haut et à gauche de l'ombilic, vers la région où la malade se plaint de souffrir.

La paroi ne présente aucune contraction de défense, elle est souple et se laisse déprimer sans difficulté ; la palpation est douloureuse vers l'épigastre et l'hypocondre gauche, là où la malade ressent des douleurs spontanées.

Le pouls est à 80, bien frappé. Température 37°4. Langue saburrale.

En somme, de par l'interrogatoire et l'inspection du

ventre, rien n'attire l'attention du côté d'une hernie : la malade ne se plaint pas de ses régions crurales ou inguinales, et aucune saillie anormale n'attire l'œil au niveau de ces régions.

Cependant, la palpation attentive de ces régions permet de déceler, au niveau de la partie interne du pli de l'aîne droit une petite tuméfaction profonde, de la grosseur d'un œuf de pigeon, tuméfaction imperceptible à la vue. Cette tuméfaction est de consistance élastique, non dure. Pas de sonorité à la percussion. *Elle n'est pas du tout douloureuse à la palpation.* Interrogée spécialement au sujet de cette tuméfaction, la malade déclare s'en être aperçue, il y a deux mois, mais n'y avait pas attaché d'importance, parce que ça ne lui a jamais fait mal. En particulier, dans ces derniers jours, la tuméfaction n'a jamais été douloureuse ni même seulement sensible, si bien que la malade n'y pensait même pas et n'a pas songé à attirer l'attention du médecin sur elle.

Malgré ces signes locaux négatifs, M. Muller pense que l'état de la malade, depuis quatre jours, est sous la dépendance de cette tuméfaction, qu'il s'agit là d'une hernie étranglée à signes locaux frustes et qu'il y a lieu de pratiquer, non une laparotomie, mais une kélotomie. Le diagnostic exact du siège reste hésitant : la tuméfaction siège à la partie interne du pli de l'aîne, mais on ne peut affirmer si elle siège au-dessous ou au-dessus de l'arcade crurale, s'il s'agit, en somme, d'une hernie inguinale ou d'une hernie crurale.

On a cependant plutôt l'impression démentie par l'intervention qu'il s'agit d'une hernie crurale.

Intervention. — Incision verticale légèrement oblique en haut et en dehors. Les téguments incisés, on reconnaît que la tuméfaction ne siège pas au-dessous de l'arcade de Fallope et qu'il n'y a rien vers l'anneau crural. La tuméfaction siège au niveau du canal inguinal, mais elle est profonde, ne sort pas par l'orifice inguinal superficiel,

demeure en arrière de l'aponévrose du grand oblique qui constitue la paroi antérieure du canal inguinal. Ce n'est qu'après l'incision de cette paroi antérieure que la tuméfaction apparaît nettement, au-dessous du bord inférieur du petit oblique et du transverse. Il s'agit bien d'une petite hernie de la grosseur d'un œuf de pigeon. Cette hernie siège au-dessous et en dedans de l'artère épigastrique. Il paraît ainsi s'agir d'une hernie directe ayant refoulé la paroi postérieure du canal inguinal au niveau du *fascia transversalis*.

A l'incision du sac, on trouve à son intérieur, la convexité d'une anse grêle sans épiploon; cette anse grêle est serrée au niveau du collet du sac et la portion de l'anse saillante dans le sac herniaire est rouge et congestionnée.

Après débridement du collet du sac, l'anse est attirée en dehors; mais cette extériorisation de l'anse se fait avec difficulté: l'anse est retenue par son attache mésentérique et ne se laisse attirer que sur une faible étendue. On se rend compte, de par les caractères physiques de l'anse, qu'elle appartient à la partie terminale du grêle. D'autre part, la zone étranglée répond à la convexité de l'anse, sur une longueur de deux travers de doigts; il s'agit d'un pincement latéral, mais d'un pincement latéral allant jusqu'au bord mésentérique, comprenant par conséquent toute la circonférence de l'intestin.

Le segment étranglé est d'un rouge vif, ses parois sont épaisses; il n'y a pas de plaque suspecte; il ne présente que des lésions de congestion pas très accentuées d'ailleurs, n'allant pas au rouge noir.

Réintégration de l'anse. — Fermeture du collet du sac par un catgut. — Résection du sac. — Réfection des parois.

Suites opératoires des plus simples. — Cessation des douleurs abdominales, des vomissements du météorisme. — Réapparition des matières et des gaz. — Cicatrisation de la plaie en huit jours. — La malade quitte l'hôpital, guérie, au bout de quinze jours. Il n'y a eu d'autre part aucun

incident ni alerte du côté de sa grossesse qui continue à évoluer normalement.

OBSERVATION IV

Hernie crurale étranglée méconnue, sans signes locaux manifestes; tableau clinique d'occlusion intestinale.

Mme Pierrette P..., âgée de soixante-quinze ans, entre à l'Hôtel-Dieu, le 17 décembre 1910, envoyée avec le diagnostic d'occlusion. Elle a été prise trois jours auparavant, le 14 décembre, de douleurs abdominales brusques siégeant principalement dans l'hypocondre gauche, de vomissements, d'arrêts des matières et des gaz. Les symptômes persistent à son entrée à l'hôpital. La malade se plaint en particulier de douleurs siégeant dans la partie haute de son ventre, au-dessus et à gauche de l'ombilic. Elle a des vomissements fécaloïdes. Le facies est un peu grippé. Pouls : 100. Pas de température.

À l'examen, le ventre est large, étalé, sans météorisme appréciable. Il n'y a pas de contracture de défense de la paroi.

Aucune saillie anormale n'attire l'attention au niveau des régions herniaires. La malade présente d'ailleurs un assez fort embonpoint. En palpant les régions herniaires, on découvre dans le pli de l'aîne droit une petite tuméfaction de la grosseur d'une noix. Cette tuméfaction *est absolument indolore*, soit spontanément, soit à la palpation. La malade déclare d'ailleurs qu'elle ne s'en était pas aperçue, non plus que les médecins qui l'ont envoyée à l'Hôtel-Dieu.

Cette tumeur n'est pas franchement sonore à la percussion. On porte néanmoins le diagnostic de hernie, à siège crural.

Opération (Dr Muller, chirurgien de garde) kélotomie. — On trouve une hernie crurale de la grosseur d'une noix, sans lipome préherniaire. Le sac incisé, on ne trouve ni

liquide, ni épiploon, mais la convexité d'une anse grêle, qu'il est difficile d'extérioriser et qu'on sent retenue par la traction du mésentère. L'anse étranglée, de par son calibre et ses caractères physiques, appartient manifestement à la fin de l'intestin grêle. La portion étranglée a une longueur de deux travers de doigt : elle comprend seulement la convexité de l'anse, sans qu'il y ait de mésentère engagé dans la hernie.

En somme, c'est un pincement de la convexité d'une anse grêle se faisant au niveau de l'attache mésentérique.

Les lésions sont surtout des lésions de congestion pas très prononcées d'ailleurs. L'anse est d'un rouge vif, mais pas noire ; la vitalité en est bonne ; il n'y a pas de plaques suspectes ; on la réintègre sans plus. On résèque le sac et l'on ferme l'anneau crural, par deux tendons de renne passés entre le pectiné et l'arcade crurale incisée et mobilisée.

Suites opératoires. — Satisfaisantes. Les symptômes abdominaux cessent immédiatement, en particulier les douleurs et les vomissements fécaloïdes. Guérison complète et sortie de l'hôpital au bout de quelques semaines, la plaie ayant suppuré et prolongé ainsi la cicatrisation.

CONCLUSIONS

I. — Il est des formes d'étranglement herniaire, dans les hernies à siège normal, crural ou inguinal, dont les symptômes locaux sont frustes au point que ces hernies étranglées revêtent le masque de l'occlusion intestinale intra-abdominale.

II. — Ces formes sont sous la dépendance de deux conditions cliniques principales :

a) Il s'agit de petites hernies masquées par un état d'adiposité assez marqué, si bien que la hernie ne fait pas de saillie apparente et n'attire pas immédiatement l'attention. Seule, une palpation minutieuse permet de la déceler.

b) Il s'agit, d'autre part, de hernies qui, malgré leur état d'étranglement, ne sont le siège d'aucune douleur, soit spontanée, soit provoquée par la palpation. Il existe même chez des malades des douleurs abdominales à distance, loin du siège de la hernie, entraînant ainsi le clinicien sur une fausse piste.

III. — Au point de vue anatomo-pathologique, il s'agit ordinairement de pincements latéraux. D'autre

part, ces hernies paraissent siéger avec prédilection à droite et porter sur la fin de l'intestin grêle.

IV. — Les difficultés du diagnostic tiennent tout d'abord au *caractère d'invisibilité de la hernie* et, d'autre part, à l'*absence de toute douleur locale* qui, une fois la tuméfaction découverte par la palpation, *fait douter de l'existence même de l'étranglement herniaire*. On risque ainsi de considérer la tuméfaction comme indépendante des symptômes d'occlusion que présente la malade.

V. — Le diagnostic fait, le traitement ne présente rien de particulier. C'est celui de toute hernie étranglée : la *kélotomie*, pratiquée aussi précocement que possible.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
ROCHET.

Vu :

LE DOYEN,
L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 7 juin 1911.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

P. JOUBIN.

